



**HOSPITAL CLINICO
HERMINDA MARTIN**
HOSPITAL
FRANCISCO RAMIREZ 10, CHILLAN

R.U.T.: 61.607.001-0
FACTURA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRÓNICA
N° 1613

26 ABR. 2017

S.I.I. - CHILLAN

Lunes 24 de abril del 2017

R.U.T. : 61.102.025-2
Señor(es) : HOSP. NAVAL ALMIRANTE ADRIAZOLA
Giro : HOSPITALES Y CLINICAS
Dirección : MICHIMALONGO S-N LAS CANCHAS, TALCAHUANO

Código	Item	Cant.	P. unitario	Total item
431-01-03-04	EXAMENES	1	2.193.600	2.193.600
431-01-04-04	ATENCION AMBULATORIA	1	404.940	404.940
431-01-05-04	VENTA MEDICAMENTOS	1	26.063	26.063
431-01-07	TRASLADOS AMBULANCIA	1	59.740	59.740
FACTURACIÓN A BENEFICARIO POR ATENCIONES DE POLICLINICO. DETALLES ADJUNTOS.-				

EGRESOS

CODIGO LU.RP 2010

N° CHEQUE

Fecha CHEQUE

Tipo Fo

ITEM

TOTAL \$

2.684.343

Timbre Electrónico SII
Resolución 80 de 2014

Verifique documento: www.sii.cl

53211. 95.050.0000 (9001)
21572 11 950 0000.

Exento \$: 2.684.343
Total \$: 2.684.343



PLANILLA RENDICION DE BONOS C.A.E. N° 10 DEL 24-04-2017
NAVAL

SECCION COMERCIALIZACION

N°	NOMBRE PACIENTE	Nro. BONO	CTA.CTE	TOTAL CTA.CTE.	TRASLA DOS	EXAMENES	ATENCION MEDICA	INSUMOS
1	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13840785	\$ 314.710		\$ 314.710		
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13845530	\$ 30.916			\$ 26.320	\$ 4.596
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13833478	\$ 26.320			\$ 26.320	
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13832057	\$ 48.160		\$ 48.160		
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13827171	\$ 26.320			\$ 26.320	
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13813260	\$ 26.320			\$ 26.320	
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13799710	\$ 476.100		\$ 476.100		
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13797797	\$ 36.460			\$ 36.460	
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13797521	\$ 10.830		\$ 10.830		
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13775221	\$ 118.390		\$ 92.070	\$ 26.320	
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13772582	\$ 26.320			\$ 26.320	
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13772517	\$ 116.220		\$ 116.220		
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13995138	\$ 26.320			\$ 26.320	
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13960508	\$ 26.320			\$ 26.320	
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13933325	\$ 42.474			\$ 26.320	\$ 16.154
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13932709	\$ 26.320			\$ 26.320	
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13927221	\$ 26.320			\$ 26.320	
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13896428	\$ 26.320			\$ 26.320	
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13873887	\$ 10.520		\$ 10.520		
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13873735	\$ 26.320			\$ 26.320	
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13870903	\$ 59.740	\$ 59.740			
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13862516	\$ 1.114.470		\$ 1.114.470		
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13858099	\$ 31.633			\$ 26.320	\$ 5.313
	OCTAVIO PALAVECINO CHAVEZ	12393	13854520	\$ 10.520		\$ 10.520		
				\$ 2.684.343	\$ 59.740	\$ 2.193.600	\$ 404.940	\$ 26.063

JACQUELINE BUSTOS URRUTIA
RECAUDADOR

Recaudación C.A.E. Hospital Clínico Herninda Maillón
Fono: 428830 - Francisco Ramírez N° 10 - Chillón
Visite Pag: WWW.hospitaldechillan.cl
jacqueline.bustos@redsalud.gov.cl

RECIBO FACTURACION

PN	PC	PP	ATM	AT
A	B	C	D	E

24/4/2017

ARMADA DE CHILE
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 95405 (190305S)
Validez : Desde el 04/05/2017 al 03/06/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607001-0 HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DE CHILLAN
Dirección : CALLE FCO.RAMIREZ N°10 - CHILLAN
Fono :

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : [REDACTED]
N° CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	52640	39480	0	13160
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	4596	3447	0	1149
TOTAL GENERAL :			57236	42927	0	14309

Facturar al HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA Rut:61102025-2
Dirección MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario

ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

[REDACTED] Fecha Clínica:

ARMADA DE CHILE

DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
 Número : 96428 (1918642)
 Validez : Desde el 07/06/2017 al 07/07/2017
 Tipo : HOSPITALIZADA

A : 61607001-0 HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DE CHILLAN
 Dirección : CALLE FCO.RAMIREZ N°10 - CHILLAN
 Fono :

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

Paciente : [REDACTED]
 Parentesco : SI MISMO
 Repartición : SIN REPARTICION
 Responsable : [REDACTED]
 Institución : [REDACTED]
 N° CUENTA : [REDACTED]
 Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
 Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000101008	12	VISITA MEDICO TRATANTE A ENFERMO HOSPITALIZADO	315840	236880	78960	0
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	1114470	835853	278617	0
0009920004	1	FARMACOS O INSUMOS	21467	16101	5366	0
0009920002	1	EXAMENES	882880	662160	220720	0
TOTAL GENERAL :			2334657	1750994	583663	0

Facturar al HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA Rut:61102025-2
 Dirección MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .
 Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario

ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
 Agradecemos su colaboración.

Autorización AFSA n° 3771 del 02-06-2017

INFORME MEDICO

ARMADA DE CHILE
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 96367 (1916674)
Validez : Desde el 02/06/2017 al 02/07/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607001-0 HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DE CHILLAN
Dirección : CALLE FCO.RAMIREZ Nº10 - CHILLAN
Fono :

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

Paciente : [REDACTED]
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable : [REDACTED]
Institución : [REDACTED]
Nº CUENTA : [REDACTED]
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0009920003	1	TRATAMIENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS	36460	27345	0	9115
0009920002	1	EXAMENES	185730	139298	0	46432
TOTAL GENERAL :			222190	166643	0	55547

Facturar al HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA Rut: 61102025-2
Dirección MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario

ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

Autorización AFSA nº 3769 del 02-06-2017.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

[REDACTED]

ARMADA DE CHILE
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 96366 (1916671)
Validez : Desde el 02/06/2017 al 02/07/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607001-0 HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DE CHILLAN
Dirección : CALLE FCO.RAMIREZ N°10 - CHILLAN
Fono :

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

Paciente :
Parentesco : SI MISMO
Repartición : SIN REPARTICION
Responsable :
Institución :
N° CUENTA :
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad : NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0002401061	1	TRASLADO Y/O RESCATE SIMPLE	59740	44805	0	14935
TOTAL GENERAL :			59740	44805	0	14935

Facturar al HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA Rut:61102025-2
Dirección MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario

ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:
Hipótesis Diagnóstico

Ficha Clínica:

ARMADA DE CHILE
DIRECCIÓN GENERAL DEL PERSONAL DE LA ARMADA
ADMINISTRADOR FINANCIERO DEL SISTEMA DE SALUD

ORDEN DE ATENCIÓN

Emitida Por : HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA
Número : 95404 (1903048)
Validez : Desde el 04/05/2017 al 03/06/2017
Tipo : AMBULATORIA

A : 61607001-0 HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DE CHILLAN
Dirección : CALLE FCO.RAMIREZ Nº10 - CHILLAN
Fono :

Con la presente, autorizo la atención del paciente cuyos datos se indican:

Paciente :
Parentesco : SI MISMO
Repartición :
Responsable :
Institución :
Nº CUENTA :
Pedida Por : ALEXIS VON JOHNN AGUILAR
Especialidad: NEUROLOGIA ADULTOS

Se Solicita otorgar los siguientes servicios :

Código	Cant	Descripción	PRECIO	FOSAN/C.FISCAL	FOM/FOS	A Pagar
0000301045	1	HEMOGRAMA	7970	5978	0	1992
0000301068	1	RECuento DE RETICULOCITOS (ABSOLUTO O PORCENT	2550	1913	0	637
TOTAL GENERAL :			10520	7891	0	2629

Facturar al HOSPITAL NAVAL ALMTE. ADRIAZOLA Rut:61102025-2
Dirección MICHIMALONGO S/N LAS CANCHAS - TALCAHUANO .
Por el TOTAL GENERAL DE LA COLUMNA PRECIO .

Adjuntar la interconsulta del médico con el original del presente documento para su cancelación.

Firma - Nombre - RUN
Beneficiario

ALEJANDRO ESPINOZA BIESCHKE
CAPITAN DE FRAGATA SN
SUBDIRECTOR CLINICO

Estimado Dr. Solicitamos completar el presente documento y adjuntarlo a su boleta de honorarios médicos como Interconsultor.
Agradecemos su colaboración.

INFORME MEDICO

Paciente:

Ficha Clínica: